



**ACCREDITATION**  
CANADA

# Servizi d'eccellenza

Per le Visite di Accreditamento che Iniziano Dopo:  
01 luglio 2019

Versione 4



**ACCREDITATION**  
CANADA

**© Il presente documento è protetto da copyright**

Copyright © 2020, HSO e/o i suoi concessionari di licenze. Tutti i diritti riservati.

Tutti gli utilizzi, riproduzioni e modalità di sfruttamento del presente documento sono soggetti alle condizioni e modalità indicate nel sito <https://healthstandards.org/standards/terms/org-it-jan-2018/>. Tutti gli altri utilizzi sono proibiti. Se l'utente non accetta le presenti condizioni e modalità (in parte o per intero), non potrà in nessun modo né per alcuno scopo usare, riprodurre o altrimenti sfruttare il presente documento.

Contattare HSO all'indirizzo [publications@healthstandards.org](mailto:publications@healthstandards.org) per ulteriori informazioni.

Sito web: [www.healthstandards.org](http://www.healthstandards.org) Telefono: 00.1.613.738.3800

# Servizi d'eccellenza

Lo standard settoriale, e assistenziale, aiuta le organizzazioni a valutare la qualità dell'assistenza prestata nei punti di interazione con i clienti ed esprime una cultura basata su qualità, sicurezza e cure incentrate sui pazienti, e sui familiari, in tutti gli aspetti inerenti l'erogazione dei servizi. Cinque sono gli elementi essenziali che esprimono l'eccellenza del servizio: leadership clinica, persone, processi, informazioni e prestazioni.

Lo standard fornisce alle organizzazioni uno strumento per integrare attività di miglioramento della qualità nella loro operatività quotidiana con lo scopo principale di includere il paziente e i familiari nella veste di veri e propri partner dei servizi erogati.

Le cure incentrate sui pazienti e i familiari costituiscono un approccio che orienta tutti gli aspetti riguardanti pianificazione, realizzazione e valutazione dei servizi. L'obiettivo risiede sempre nel creare e coltivare collaborazioni di reciproco vantaggio tra gli operatori dell'organizzazione e i pazienti con familiari. Fornire cure incentrate sui pazienti e i familiari significa lavorare congiuntamente ad essi affinché le cure siano rispettose, premurose, tutelanti la cultura personale, competenti e contemporaneamente sensibili ai loro fabbisogni, valori, contesto culturale e credo, preferenze (adattato dalle raccomandazioni dell'Istituto per cure incentrate su pazienti e familiari ossia Institute for Patient- and Family-Centered Care/IPFCC nel 2008).

Quattro valori fondamentali di tale approccio costituiscono una parte integrante dello standard di eccellenza a livello assistenziale. Tali valori sono:

1. Dignità e rispetto: ascoltare e rispettare opinioni e scelte del paziente e dei familiari considerandone livello di istruzione, valori, credo e contesto culturale a livello di pianificazione e erogazione delle cure.
2. Condivisione delle informazioni: comunicare e condividere informazioni esaurienti e imparziali con pazienti e familiari in modo utile e positivo trasmettendole con tempestività, completezza e accuratezza per una loro partecipazione efficace a cure e scelte decisionali.
3. Cooperazione e partecipazione: incoraggiare e sostenere pazienti e familiari a partecipare congiunti alle cure e scelte decisionali nella misura da essi desiderata.
4. Collaborazione: collaborare con pazienti e familiari a livello di sviluppo, implementazione e valutazione di politiche e programmi, predisposizione strutturale, formazione professionale, erogazione delle cure.

## Legenda:

### Dimensioni della Qualità:

- 
**Centralità della Popolazione**  
 Lavorare con la comunità per anticipare e soddisfare i bisogni
- 
**Accessibilità**  
 Garantire i servizi con puntualità ed equità
- 
**Sicurezza**  
 Garantire la sicurezza delle persone
- 
**Ambiente di Lavoro**  
 Sostenere il benessere sul luogo di lavoro
- 
**Centralità del Paziente**  
 Mettere al primo posto il paziente e i suoi familiari
- 
**Continuità dell'Assistenza**  
 Erogare servizi tra loro coordinati e continuativi
- 
**Efficienza**  
 Mettere in atto il miglior uso delle risorse
- 
**Appropriatezza**  
 Fare la cosa giusta per ottenere i risultati migliori

### Tipologie di Criteri:

- 
**Alta Priorità**  
 I criteri ad alta priorità sono criteri correlati a sicurezza, etica, gestione del rischio e miglioramento della qualità. Sono identificati negli standard.
- 
**Pratiche Organizzative Obbligatorie**  
 Le Pratiche Organizzative Obbligatorie (POO) sono pratiche essenziali di cui l'organizzazione deve dotarsi per incrementare la sicurezza del paziente e per ridurre al minimo i rischi.

### Metodo di valutazione

- 
**In sede**  
 Per criterio contrassegnato con "In sede", si intende che i criteri saranno valutati in sede da un valutatore terza parte.
- 
**Attestazione**  
 Per criterio contrassegnato con "Attestazione", si intende che i servizi sanitari forniti devono attestare la loro conformità ai criteri. Ciò sarà sottoposto a revisione da parte del soggetto per l'accreditamento ai servizi sanitari.

## Livelli



### **Oro**

riguarda le strutture e i processi basilari che si ricollegano ai rudimenti essenziali del miglioramento della qualità e della sicurezza.



### **Platino**

consolida gli elementi di qualità e di sicurezza e pone l'accento sugli elementi chiave della centralità del paziente nel processo assistenziale, creando uniformità nell'erogazione dei servizi attraverso processi standardizzati e tramite il coinvolgimento dei pazienti e del personale nei processi decisionali.



### **Diamante**

punta al raggiungimento della qualità tramite il monitoraggio degli esiti, l'utilizzo delle evidenze e delle migliori pratiche per il miglioramento dei servizi e il benchmarking con organizzazioni simili allo scopo di indirizzare i miglioramenti a livello di sistema.

## INVESTIRE IN SERVIZI DI QUALITÀ

### 1.0 I servizi vengono definiti in maniera collaborativa per soddisfare i fabbisogni di pazienti e collettività.



- 1.1 I servizi sono codefiniti congiuntamente ai pazienti, familiari, partner e collettività.

#### Linea Guida

La collaborazione con pazienti, partner e collettività nella definizione dei servizi avviene attraverso team in rappresentanza dei pazienti, comitati consultivi comunitari e valutazioni del livello di soddisfazione dei pazienti. Le lacune nei servizi sono individuate e affrontate ove possibile.



- 1.2 Si raccolgono informazioni da pazienti e familiari, partner e collettività da trasmettere alle figure preposte alla definizione dei servizi.

#### Linea Guida

Eventuali nuovi dati possono essere richiesti a pazienti e familiari, partner e collettività; i dati esistenti possono essere utilizzati, quando ancora pertinenti. Se la raccolta dati non rientra nelle funzioni degli operatori, questi sanno come accedervi per utilizzare quelli disponibili. Le informazioni possono derivare da fonti interne o esterne sotto forma di dati di censimento, relazioni redatte al termine della presa in carico, dati relativi alle liste d'attesa e valutazioni sui bisogni della comunità.

I dati includono i fabbisogni espressi dai pazienti serviti dall'organizzazione nonché andamenti che potrebbero avere un'influenza sulla collettività e le rispettive esigenze sanitarie.

Le esigenze sanitarie sono influenzate da elementi quali stato di salute, funzionalità fisica, rischi e fattori determinanti per la salute (ossia reddito, reti di sostegno sociale, istruzione e alfabetizzazione, condizioni occupazionali/lavorative, accesso ai servizi sanitari, genere e cultura).


**1.3**

Si sviluppano obiettivi e scopi specifici dei servizi con incluso il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

### **Linea Guida**

Pazienti e familiari, gli operatori e i partner territoriali sono coinvolti nello sviluppare traguardi e obiettivi del team. Questi ultimi sono in linea con le direttive strategiche dell'organizzazione e sono fondamentali per prestare servizi adeguati. Gli obiettivi sono chiari e raggiungibili con risultati misurabili oltre che realistici e a scadenza.

Traguardi e obiettivi sono significativi per il team e sono esaminati annualmente o secondo necessità valutandone il conseguimento.

Inoltre, sono in linea con i traguardi definiti a livello locale o nazionale secondo necessità.



1.4

I servizi sono esaminati e monitorati per verificarne l'appropriatezza, tenendo conto dei contributi apportati in merito da pazienti e familiari.

#### Linea Guida

Il monitoraggio e la valutazione dei propri servizi consente al team di esaminare quali servizi vengono offerti e poi utilizzati dai pazienti e di identificare aree di miglioramento. Il tipo di informazioni raccolte sui servizi è determinato tenendo conto del contributo dei pazienti e familiari.

Il monitoraggio dell'uso dei servizi può rendere più efficienti i processi interni individuandone le lacune entro l'organizzazione o la comunità. I servizi sono valutati per verificare che vengano offerti e utilizzati come previsto, siano di qualità adeguata e che esistano opportunità per migliorarli sia come struttura che come gamma.

Queste informazioni vengono utilizzate per migliorare l'efficienza riducendo al minimo le duplicazioni, valutando la convenienza economica delle tecnologie e degli interventi apposti, accrescendo l'uniformità organizzativa.



- 1.5 Si instaurano e mantengono collaborazioni con altri servizi, programmi, operatori e organizzazioni per soddisfare i fabbisogni di pazienti e collettività.

#### Linea Guida

La soddisfazione di tutto lo spettro dei fabbisogni assistenziali dei pazienti e della collettività esula dalle potenzialità di un singolo team o di una singola organizzazione. Si possono stringere collaborazioni per aiutare i pazienti a orientarsi tra i servizi offerti come continuità terapeutica o per colmare lacune in tal senso.

Si possono stringere collaborazioni con enti per cure primarie o cure intensive, organizzazioni territoriali, servizi di salute mentale, scuole, alloggi o servizi sociali. L'organizzazione può anche collaborare o stabilire rapporti con organizzazioni nazionali o locali nonché con organizzazioni non governative.

Rapporti e collaborazioni variano in funzione della gamma di servizi forniti dall'organizzazione e dei fabbisogni dei pazienti.



- 1.6 Le informazioni sui servizi sono disponibili per pazienti e familiari, organizzazioni partner e collettività.

#### Linea Guida

Le informazioni danno indicazioni, almeno, su: ambito applicativo dei servizi dell'organizzazione, eventuali costi per il paziente, modalità di accesso ai servizi, punti informativi, efficacia e risultati dei servizi, altri servizi disponibili per rispondere alle esigenze del paziente, dati sulle organizzazioni partner.

Pazienti e familiari, organizzazioni partner e collettività si impegnano nel determinare la tipologia di informazioni utili o desiderate e nel valutarne la capacità di soddisfare le loro esigenze.



1.7

Si individuano e rimuovono, laddove possibile, gli ostacoli che impediscono l'accesso all'assistenza da parte di pazienti e familiari, operatori sanitari e organizzazioni invianti con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

### **Linea Guida**

Esiste un processo per individuare, segnalare e tentare di rimuovere ostacoli all'accessibilità.

Gli ostacoli all'accessibilità possono includere: la distanza e la distribuzione dei servizi, l'ambiente fisico, l'accettazione culturale dei servizi, i tempi di attesa, i tipi di servizi disponibili, le barriere linguistiche, gli ostacoli finanziari, la disponibilità di trasporti, l'accesso ai servizi di emergenza su 24 ore.

Laddove gli ostacoli esulano dal controllo dell'organizzazione o del team, questi collaborano con i partner e/o la collettività per ridurli al minimo.



## 2.0 Sono disponibili risorse sufficienti per fornire servizi sicuri, di alta qualità e incentrati sul paziente.

2.1 Le lacune e i requisiti delle risorse vengono individuati e comunicati ai leader dell'organizzazione.

### Linea Guida

Le risorse necessarie per fornire cure sicure, efficaci e di alta qualità sono determinate dagli operatori e dall'organizzazione. Possono essere risorse: umane, finanziarie, strutturali, informative o tecnologiche.

L'individuazione dei requisiti delle risorse è un processo che implica una collaborazione fra il team e i leader dell'organizzazione. Comprende i criteri per determinare dove occorrono risorse, i potenziali rischi per gli operatori e i pazienti, le lacune nei servizi, colli di bottiglia assistenziali o ostacoli nel prestare oppure accedere ai servizi.

Gli operatori e i leader dell'organizzazione collaborano al fine di determinare l'uso efficace delle risorse disponibili o dove ne occorrono di ulteriori.



2.2 Le lacune e i requisiti dei sistemi informativi e tecnologici vengono individuati e comunicati ai leader dell'organizzazione.

### Linea Guida

La tecnologia comprende la cartella clinica elettronica (EMR/electronic medical record) o fascicolo sanitario elettronico (FSE), strumenti decisionali, sistemi di tracciabilità del paziente, sistemi di gestione delle liste d'attesa, strumenti di autovalutazione del paziente o accesso a registri e/o database specifici del servizio. In funzione dell'organizzazione, la necessità di sistemi potrebbe rivelarsi complessa (con un software avanzato per migliorare l'interoperabilità) o semplicemente supportare le attività basilari (per esempio, aggiornamenti dei sistemi informatici).

Per quanto possibile, le tecnologie informatiche innovative sono utilizzate a sostegno del lavoro di reparto.


**2.3**

Si determina un'appropriate combinazione fra livelli di competenze ed esperienza all'interno del team con il contributo di pazienti e familiari.

### **Linea Guida**

Garantire un'appropriate e ottimale combinazione fra livelli di competenze ed esperienza corrisponde a supportare l'erogazione di un servizio sicuro, efficace e incentrato sul paziente creando opportunità di apprendimento per gli operatori.

Si determinano proporzioni ottimali, secondo un metodo basato sulle evidenze, di competenze ed esperienze. Gli operatori possiedono una vasta gamma di conoscenze, competenze ed esperienza lavorando a contatto con diversi gruppi di pazienti.

Pazienti e familiari hanno una prospettiva unica sul livello di competenze ed esperienza appartenente al team che li segue. Potrebbero essere in grado di individuare lacune nei servizi, come anche suggerire abilità e competenze individuali che potrebbero migliorare l'esperienza dei pazienti. Ad esempio, pazienti e familiari possono essere nella posizione giusta per riconoscere una lacuna a livello di risorse o conoscenze del team (ad esempio riguardo conoscenza delle risorse collettive; esperienza nel lavorare con pazienti e familiari in presenza di determinate patologie, ostacoli, capacità di comprensione o lingua) nonché aree per migliorare la comunicazione (ad esempio tra team o operatori oppure riguardo le relative modalità e tempistiche verso pazienti e familiari).


**2.4**

La suddivisione degli spazi è co-definita con pazienti e familiari per garantire la sicurezza e consentire interazioni riservate e private con gli stessi.

#### **Linea Guida**

Per quanto possibile, gli spazi fisici sono definiti in modo da essere sicuri e garantire la tutela di privacy e riservatezza. Pazienti e familiari vengono coinvolti nelle attività di pianificazione e definizione della suddivisione e dell'uso degli spazi per soddisfare le loro esigenze. Gli elementi presi in considerazione ai fini dell'uso e della definizione degli spazi sono: dignità del paziente, rispetto, privacy e riservatezza; accessibilità, prevenzione e controllo delle infezioni; altre esigenze specifiche dei pazienti e della collettività.

Quando i servizi vengono forniti esternamente all'organizzazione (ad esempio presso il domicilio di un paziente o un'organizzazione partner sul territorio), il team si adopera con il paziente o partner al fine di preservarne sicurezza e privacy.


**2.5**

L'efficacia di risorse, spazi e personale viene valutata con il contributo dei pazienti e familiari, degli operatori e altri portatori di interesse.

#### **Linea Guida**

Valutare risorse, spazi e personale consente di determinare la portata effettiva dei servizi erogati e individua eventuali opportunità di miglioramento. Pazienti e familiari, operatori e altri portatori di interesse apportano il loro contributo tramite sondaggi, focus group, comitati consultivi e commenti informali.


**2.6**

Gli operatori e i pazienti hanno accesso alle informazioni riguardanti i servizi territoriali, incluse cure palliative e di fine vita.

### **Linea Guida**

Informazioni scritte e verbali vengono fornite in base alle esigenze e possono riguardare riabilitazione, assistenza socio-sanitaria territoriale e cure primarie in funzione della popolazione assistita e delle risorse disponibili. Capacità di comprensione, alfabetizzazione, lingua, disabilità e cultura della popolazione di pazienti sono tenuti in considerazione per sviluppare e trasmettere le informazioni adeguatamente.

Le informazioni su cure palliative e di fine vita includono informazioni per pazienti e familiari e materiale di riferimento per il team.


**2.7**

Si crea un ambiente accessibile a tutti tenendo conto dei contributi di pazienti e familiari.

### **Linea Guida**

Gli ambienti dei reparti sono tenuti puliti e sgombri per favorirne l'accessibilità fisica a coloro che utilizzano ausili per la mobilità quali sedie a rotelle, stampelle o deambulatori. Gli ambienti sono accessibili anche a persone con problematiche legate a linguaggio o comunicazione o di altra natura quali persone affette da disabilità uditiva, visiva, cognitiva o di altra tipologia.

Gli operatori che operano esternamente all'organizzazione (ad esempio prestano assistenza sul territorio oppure domiciliare) collaborano con partner, pazienti e familiari per favorire l'accessibilità.


**2.8**

Si prevedono aree e sostegni spirituali per soddisfare le esigenze dei pazienti.

### **Linea Guida**

Sostegni di tipo spirituale sono disponibili per soddisfare le esigenze dei pazienti se necessario, incluso la presenza di un capo spirituale appropriato per il proprio credo (che sia cappellano, imam, rabbino o un consulente non confessionale). Pazienti e familiari hanno accesso a uno spazio designato per l'osservanza della pratica spirituale.

Le esigenze e preferenze spirituali del paziente sono considerate parte integrante del processo di cura e guarigione, discutendone in fase decisionale sulle terapie eventualmente comprensive di componenti etiche o spirituali.

## FORMARE UN TEAM PREPARATO E COMPETENTE



### 3.0 **Gli operatori sono qualificati e hanno competenze pertinenti.**

3.1 Addestramento e formazione necessari vengono definiti per tutti gli operatori con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

L'addestramento e la formazione necessari variano a seconda del ruolo. Possono essere definiti da un organo di regolamentazione professionale, essere formali o informali e includere esperienze vissute o lavorative.

Pazienti e familiari possono fornire un contributo prezioso per quanto riguarda la formazione e l'addestramento a beneficio degli operatori e l'ottimizzazione dei servizi. Ad esempio, possono individuare una necessità di formazione riguardo operare con pazienti aventi diversità di provenienza culturale, fedi religiose e fabbisogni assistenziali. Possono anche fornire un contributo prezioso in presenza di lacune conoscitive.

Si cerca il contributo di pazienti e familiari tramite team o comitati consultivi, sondaggi formali o focus groups, opinioni informali quotidiane e può essere ottenuto in diversi modi e in diversi momenti per essere considerato nell'ambito dell'organizzazione.



3.2 Si verificano, documentano e aggiornano credenziali, qualifiche e competenze.

#### Linea Guida

I requisiti necessari variano per i diversi ruoli lavorativi dell'organizzazione sia per gli operatori regolari che non.

Nomine, credenziali, valutazioni delle competenze e formazione sono monitorate e mantenute per garantire un'erogazione sicura ed efficace dei servizi. I requisiti professionali vengono tenuti aggiornati conformemente alle politiche locali e organizzative.

I servizi sono erogati secondo discipline applicative riconosciute. Gli operatori possiedono un'adeguata formazione e le capacità appropriate per prestare cure incentrate sul paziente oltre che per utilizzare attrezzature, dispositivi e presidi in modo sicuro.



3.3 Si offre un orientamento completo ai nuovi operatori oltre che ai rappresentanti di pazienti e familiari.

#### Linea Guida

Il programma di orientamento riguarda almeno: missione, visione e valori dell'organizzazione; mandato, traguardi e obiettivi del team; filosofia delle cure incentrate sui pazienti e le modalità per applicarne i principi nella pratica; ruoli, responsabilità e aspettative rispetto all'assistenza; politiche e procedure, incluse quelle sulla privacy; iniziative che mirano al raggiungimento di un giusto equilibrio tra lavoro e vita privata; approccio dell'organizzazione alla gestione integrata della qualità (es. miglioramento qualitativo, gestione del rischio, gestione dei consumi, utilizzo efficiente delle risorse disponibili).

Attività e processi di orientamento sono documentati.


**3.4**

Si forniscono formazione e addestramento agli operatori su come lavorare con rispetto ed efficacia con i pazienti e i familiari con diversi background culturali, credi religiosi e bisogni assistenziali.

#### **Linea Guida**

L'addestramento e la formazione culturale sviluppano quelle competenze, conoscenze e attitudini necessarie per prestare interventi e servizi sicuri ed appropriati a popolazioni di varia provenienza culturale. La formazione può riguardare argomenti tipo disabilità, capacità di comprensione o salute mentale.

L'esperienza e la formazione culturale fanno parte dei processi di ricerca di personale, selezione e assunzione (compreso le inserzioni volte alla ricerca di personale).


**3.5**

Si offrono formazione e addestramento in base al modello assistenziale definito dall'organizzazione.

#### **Linea Guida**

Il programma di formazione e addestramento segue la filosofia delle cure incentrate sul paziente e sulla famiglia adottata dall'organizzazione, i comportamenti da avere in un contesto di servizi incentrati sul paziente, come applicare i principi per la soluzione di problemi, o affrontare argomenti propri dell'organizzazione, i diritti dei pazienti, le modalità attraverso cui i pazienti vengono coinvolti nella pianificazione e nell'erogazione dei servizi dell'organizzazione, e le iniziative attuali per il miglioramento continuo della qualità.


**3.6**

Si offrono formazione e addestramento in base al quadro decisionale etico definito dall'organizzazione.

#### **Linea Guida**

Si offrono agli operatori l'addestramento e il supporto necessari per gestire tematiche etiche eventualmente rappresentate da conflitti di interesse, opinioni discordanti fra pazienti e familiari e/o operatori, un paziente che decide di abbandonare le terapie o rifiutarle a proprio rischio, diversità di credo o prassi privilegiate.


**3.7**

Si offrono formazione e addestramento necessari ai fini di un utilizzo sicuro di attrezzature, dispositivi e presidi impiegati nel prestare servizi.

#### **Linea Guida**

Si forniscono a tutti gli operatori informazioni sull'uso sicuro delle attrezzature. Sono addestrati sulle modalità di utilizzo di apparecchiatura, dispositivi e presidi sia nuovi che preesistenti. Si provvede al nuovo addestramento eventualmente richiesto o necessario per un operatore che non si ritenga pronto all'utilizzo di apparecchiatura, dispositivi o presidi oppure che non abbia utilizzato un dato apparecchio o dispositivo da lungo tempo.

L'addestramento include manipolazione, conservazione, funzionamento e pulizia nonché manutenzione preventiva e azioni da eseguire in caso di guasto.


**3.8**

**PRATICA ORGANIZZATIVA OBBLIGATORIA:** Pratiche organizzative Obbligatorie: Si implementa un approccio documentato e coordinato per la sicurezza delle pompe di infusione che prevede formazione, valutazione competenziale e una procedura da seguire per segnalare eventuali problematiche correlate.

### **Linea Guida**

Le pompe di infusione, utilizzate per somministrare liquidi nell'organismo di un paziente in maniera controllata sono ampiamente utilizzate nel settore sanitario, incluso ambienti domestici, e sono associate a importanti tematiche sulla sicurezza e nocività per i pazienti.

Questa POO è incentrata sulla somministrazione parenterale (ossia una via d'ingresso che non sia intestinale o l'applicazione topica) di liquidi, medicinali, sangue e emoderivati, sostanze nutritive. Comprende pompe fisse e mobili per infusione endovenosa, pompe per l'analgesia controllata del paziente, pompe epidurali, pompe insuliniche, pompe volumetriche. Esclude le pompe di alimentazione gastrica.

Gli operatori necessitano di formazione e addestramento per restare competenti nell'uso delle pompe di infusione in sicurezza, considerata la varietà dei tipi e dei produttori di pompe, il flusso lavorativo degli operatori fra i servizi assistenziali e il ricorso a personale temporaneo. La sicurezza si consegue più facilmente quando le organizzazioni hanno un approccio globale che combina formazione e valutazione con scelta, approvvigionamento e standardizzazione appropriati delle pompe di infusione nell'intera organizzazione.

Quando le valutazioni rivelano problemi esistenti sulla struttura della pompa di infusione, le organizzazioni possono collaborare con il produttore al fine di apportare migliorie. Si suggerisce alle organizzazioni di segnalare i problemi esternamente in modo che altre organizzazioni possano implementare dei miglioramenti per la sicurezza.

### **Prove di Conformità**

**3.8.1** Le istruzioni e i manuali per gli utenti per ogni tipo di pompa di infusione sono sempre e facilmente accessibili.

- 3.8.2 Si fornisce formazione iniziale e ripetuta sull'uso sicuro delle pompe di infusione agli operatori:
- neo-assunti o temporanei e quindi nuovi dell'area assistenziale
  - rientrati dopo un lungo congedo
  - quando viene introdotto un nuovo tipo di pompa a infusione, o a seguito di aggiornamenti di quelle esistenti
  - se la valutazione delle competenze indica la necessità di ripetere la formazione
- ??????Quando le pompe di infusione sono utilizzate molto raramente si provvede all'addestramento sul momento, prima dell'uso.
- 3.8.3 Quando si forniscono ai pazienti pompe di autoinfusione (ad es. per l'analgesia controllata o insuliniche), si offre una formazione documentata a pazienti e familiari sulle modalità di utilizzo sicuro.
- 3.8.4 La competenza degli operatori sull'utilizzo sicuro di pompe di infusione viene valutata e documentata almeno ogni due anni. Quando le pompe di infusione sono utilizzate molto raramente si effettua una valutazione della competenza sul momento, prima dell'uso.
- 3.8.5 Si valuta l'efficacia del tipo di approccio adottato. I meccanismi valutativi possono comprendere:
- indagare di sicurezza dei pazienti sugli incidenti correlati all'utilizzo di pompe di infusione
  - riesaminare dei dati sulle pompe intelligenti "smart"
  - monitoraggio delle valutazioni delle competenze
  - chiedere riscontri in merito a pazienti, familiari e membri del team degli operatori
- 3.8.6 Quando le valutazioni sulla sicurezza correlata alle pompe di infusione indicano la necessità di migliorie, si perfeziona la formazione o si effettua un aggiustamento sulle pompe di infusione.



3.9 Si offrono formazione e addestramento su sistemi informativi e altre tecnologie utilizzate durante le prestazioni assistenziali.

#### **Linea Guida**

La formazione e l'addestramento possono riguardare argomenti quali: conoscenza delle applicazioni informatiche, elaborazione testi, software, strumenti di gestione temporale, strumenti comunicativi, applicativi di ricerca, uso del telefono cellulare, tutela della riservatezza dei dati sui pazienti.



3.10 Si offrono formazione e addestramento sulle modalità per individuare i fabbisogni legati a cure palliative e di fine vita.

#### **Linea Guida**

La formazione include dati riguardanti il processo dell'organizzazione applicato per fornire o facilitare l'accesso alle cure palliative e ai servizi di fine vita, comunicare con i familiari riguardo le questioni di fine vita e le modalità e tempistiche per iniziare a discutere di cure palliative e di fine vita.

Si ottempera a legislazione e normativa vigenti a livello locale e nazionale in materia di consenso diretto e tramite fiduciario.



3.11 Si valuta e registra periodicamente il rendimento di ciascun membro del team in modo oggettivo, interattivo e costruttivo.

### **Linea Guida**

Si applica un consolidato processo di valutazione del rendimento di ciascun membro del team e il contributo apportato in merito da pazienti e/o colleghi ne è parte integrante.

La valutazione può considerare la capacità del membro del team di adempiere alle responsabilità, applicare i principi delle cure incentrate sul paziente e contribuire a valorizzare l'organizzazione. Può anche considerare: punti di forza dell'individuo; opportunità di crescita; contributi alla sicurezza del paziente, ambiente lavorativo e rispetto dei desideri del paziente; specifiche competenze descritte nel profilo della posizione. La valutazione può individuare problematiche che necessitano di essere seguite quali un comportamento non professionale o inammissibile oppure contravvenire alle pratiche terapeutiche basate sulla centralità del paziente.

Solitamente si effettua una valutazione del rendimento prima del completamento del periodo di prova e successivamente su base annua o con la cadenza stabilita dall'organizzazione. Può essere condotta anche a seguito di una riqualificazione o con l'introduzione di nuove tecnologie, apparecchiature o competenze.


**3.12**

I rappresentanti di pazienti e familiari vengono regolarmente coinvolti per offrire commenti e riflessioni su: propri ruoli e responsabilità, definizione delle posizioni, processi, adempimento dei ruoli laddove possibile.

#### **Linea Guida**

Un regolare scambio comunicativo fra i responsabili/membri del team e i rappresentanti di pazienti e familiari favorisce un rapporto di reciproco vantaggio. Il confronto rappresenta l'opportunità per ottenere migliori collaborazioni e adempimenti dei ruoli.

Sebbene si incoraggi un dialogo aperto e trasparente, i responsabili dei team sanno riconoscere quando i rappresentanti di pazienti e familiari devono restare indipendenti all'organizzazione affinché opinioni e suggerimenti rimangano imparziali.


**3.13**

Gli operatori sono supportati dai propri responsabili nel seguire problematiche e opportunità di crescita individuate attraverso le valutazioni prestazionali.

#### **Linea Guida**

Le problematiche possono essere individuate dallo stesso operatore o dai responsabili allo scopo di dare avvio a un piano d'azione o di sviluppo professionale.


**3.14**

Uno sviluppo professionale costante, formazione e opportunità di addestramento sono resi disponibili per ogni membro del team.

#### **Linea Guida**

Il responsabile del team incoraggia regolarmente i membri a cogliere opportunità di sviluppo professionale o competenziale. Si può offrire una formazione o un addestramento complementare in funzione della valutazione sul rendimento del membro del team o di quanto individuato dai piani di sviluppo professionale.



## 4.0 I servizi sono erogati all'interno di un ambiente professionale collaborativo.

4.1 Si adotta un approccio collaborativo durante le prestazioni assistenziali.

### Linea Guida

Un team interdisciplinare e collaborativo ha bisogno di evolversi e adattarsi ai mutevoli fabbisogni del paziente. In funzione dei fabbisogni e dei desideri del paziente e dei familiari, il team può essere composto da figure specializzate (quali gli operatori sanitari) e figure di supporto (quali addetti alla pianificazione terapeutica, traduttori, personale addetto alla sicurezza, rappresentanti delle organizzazioni partner sul territorio). Studenti, volontari e rappresentanti o consulenti dei pazienti sono anch'essi parte del team.

Si nominano uno o più responsabili del team e il ruolo di ogni membro viene trasmesso con chiarezza al paziente e ai familiari.

Il team viene definito sulla base di criteri definiti quali: principi riconosciuti della pratica professionale; obblighi di legge; conoscenze, esperienze e altre qualifiche; entità o complessità del carico di lavoro; variazioni del carico di lavoro; sicurezza e fabbisogni dei pazienti.



4.2 Il team opera in collaborazione con pazienti e familiari.

### Linea Guida

Pazienti e familiari vengono coinvolti nel processo decisionale e capiscono come viene fornita l'assistenza sanitaria. Il paziente definisce la composizione della sua famiglia e ha il diritto di scegliere quali componenti includere o escludere dal proprio percorso terapeutico nonché rivedere tale composizione nel corso del tempo. La composizione include i componenti della famiglia 'allargata' dell'individuo, partner, amici, rappresentanti terapeutici, tutori e altri soggetti autorizzati.



4.3 Per tutte le posizioni esistono profili con ruoli, responsabilità e ambito professionale o pratico stabiliti.

#### **Linea Guida**

I profili delle posizioni ne descrivono le funzioni in maniera sintetica, qualifiche e requisiti minimi necessari per accedervi, natura e ambiti operativi, rapporti gerarchici. Sono sviluppati per tutti gli operatori compresi quelli non assunti direttamente dall'organizzazione (ad esempio gli operatori a contratto, partner, rappresentanti di pazienti e familiari).

La chiara definizione di ciascun ruolo è fondamentale per la sicurezza dei pazienti e degli operatori nonché per creare un ambiente di lavoro sereno. Comprendere i ruoli e le responsabilità a cui adempiere ed essere in grado di lavorare nei limiti delle proprie competenze contribuisce ad accrescere la motivazione degli operatori.



4.4 Si ricorre a strumenti comunicativi standardizzati per condividere informazioni inerenti la terapia del paziente all'interno e tra i vari team.

#### **Linea Guida**

La comunicazione standardizzata favorisce la coesione, riduce al minimo la duplicazione e migliora il lavoro di team tutelando la sicurezza del paziente. Gli strumenti possono comprendere protocolli oppure tecnologie o processi standardizzati come il metodo SBAR (Situation/Situazione, Background/Provenienza, Assessment/Valutazione, Recommendation/Raccomandazione).

Gli operatori ricevono una formazione sulle politiche e prassi organizzative in materia di strumenti comunicativi standardizzati.



4.5

Si valuta l'efficacia collaborativa e operativa del team individuando le opportunità di miglioramento.

#### **Linea Guida**

Il processo seguito per valutare il livello collaborativo e operativo del team potrebbe prevedere l'analisi di servizi, procedure ed esiti, può comprendere anche la compilazione di un questionario sul livello operativo da parte dei membri stessi del team, pazienti, familiari e partner al fine di stimolare il confronto sulle aree di miglioramento.

Il team valuta il proprio livello operativo ogni qualvolta avvenga un cambiamento significativo nella sua struttura.



## 5.0 Il benessere personale e la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro vengono promossi all'interno del team.

- 5.1 Si assegna ed esamina il carico di lavoro di ogni membro del team in maniera da garantire sicurezza e benessere tanto al paziente quanto all'operatore.

### Linea Guida

Ci si basa su criteri appropriati per determinare il giusto carico di lavoro in funzione dell'ambiente e dei fabbisogni specifici delle diverse aree assistenziali tra cui ore di lavoro, carico di lavoro, complessità del ruolo, complessità terapeutica del paziente, esigenze fisiche o emotive, natura ripetitiva dei compiti e livello di responsabilità. Si considerano anche le preferenze e la disponibilità di ogni membro del team.

In alcuni casi i team possono definire un carico di lavoro massimo per i membri. Il processo di assegnazione e analisi del carico di lavoro include il monitoraggio e la tracciabilità di orari e pazienti e l'eventuale necessità di ulteriori misure da intraprendere (ad esempio trasferimenti di personale o ridefinizione del team).

L'organizzazione e i leader favoriscono un ambiente in cui gli operatori non esitano a presentare richieste ed evidenziare i livelli di stress sul luogo di lavoro. Si adottano misure per attenuare condizionamenti in tal senso per quanto possibile quali programmazione delle attività, condivisione del carico di lavoro e tempi stabiliti da dedicare alla documentazione.



5.2 Si definiscono lavori e mansioni, ruoli e responsabilità ed infine incarichi con il contributo apportato in merito da membri del team e pazienti con familiari secondo opportunità.

**Linea Guida**

Definire mansioni significa organizzare una serie di compiti, se non un intero lavoro, tenendo conto di tutti i fattori che influiscono sulle attività inclusi la rotazione degli incarichi, le pause e i turni lavorativi.

Quando si sviluppano ed esaminano definizioni di mansioni, ruoli, responsabilità e incarichi vengono presi in considerazione commenti e opinioni espressi da membri del team e pazienti con familiari. Assieme possono fornire una visione unica delle aree corrispondenti alle mansioni definite che li riguardano direttamente. La flessibilità legata alla definizione di mansioni, ruoli, responsabilità e incarichi varia in funzione del tipo di servizi prestati, dei pazienti assistiti e dei singoli operatori coinvolti. Gli incarichi riguardano anche ogni singolo individuo assistito dall'operatore nonché altri aspetti dei ruoli del personale (ad esempio la partecipazione ad attività per miglioramenti qualitativi, la formazione di nuovi membri assunti).



5.3 Vengono riconosciuti i meriti degli operatori.

**Linea Guida**

Si riconoscono meriti a livello individuale, ad esempio tramite gratifiche per gli anni di servizio o conseguimenti particolari, oppure a livello di team anche per attività.

Il riconoscimento può essere espresso in maniera formale o informale e in forma verbale o scritta oppure vertere sul favorire un ambiente in cui gli operatori si sentano apprezzati per i contributi da essi apportati.

- |   |  |
|---|--|
|      | <p>5.4 Gli operatori vengono istruiti e guidati a presentare rimostranze, reclami, preoccupazioni.</p>   |
|     | <p>5.5 Si offrono agli operatori formazione e addestramento riguardo le norme occupazionali inerenti salute e sicurezza e riguardo le politiche organizzative inerenti la sicurezza sul luogo di lavoro.</p> |
|     | <p>5.6 Si offrono formazione e addestramento sulle modalità per individuare, ridurre e gestire i rischi per la sicurezza del paziente e dell'operatore.</p>  |

#### **Linea Guida**

L'addestramento può vertere su: pericoli fisici; problemi con le apparecchiature; gestione di sversamenti, materiali di scarto o infettivi; operare in presenza di pazienti potenzialmente dannosi per sé o altri; problemi nel gestire, conservare o dispensare farmaci.

Rischi comuni per gli operatori sono rappresentati dalla mancanza di formazione su tematiche inerenti la sicurezza, sollevamenti o usi impropri di apparecchiature, lavoro solitario.


**5.7**

Si offrono formazione e addestramento agli operatori sulle modalità per prevenire e gestire la violenza sul lavoro rappresentata da abusi, aggressioni, minacce e assalti.

### **Linea Guida**

Gli atti di violenza sono rappresentati da abusi, aggressioni, minacce e assalti. Possono essere commessi da pazienti o loro familiari, gruppi o chiunque altro sia presente sul posto di lavoro.

Laddove possibile, gli operatori ricorrono a tecniche distensive (“di de-escalation”) come misura preventiva essendo poco invasive e rappresentando il modo meno rigido per gestire la violenza. Esistono vari programmi di formazione sulle modalità per operare in modo sicuro in presenza di pazienti potenzialmente o effettivamente aventi comportamenti aggressivi o reattivi.

La formazione e l’addestramento comprendono il ricorso a uno strumento di valutazione di rischio standardizzato.

L’addestramento può vertere su:

- identificare le cause scatenanti
- valutare e riferire della presenza di un paziente potenzialmente violento e riconoscerne i segnali di agitazione e aggressività
- ridurre le possibilità di molestie
- modalità per contrastare e gestire la violenza (ad esempio intervento non violento in situazioni critiche, linee guida su come intervenire in situazioni corrispondenti a un codice di emergenza, capacità di risoluzione e mediazione in situazioni di conflitto, autodifesa)
- approccio incentrato sul trauma
- tecniche di comunicazione

L’addestramento può anche specificare la procedura alternativa a cui il team può ricorrere qualora le tecniche distensive non abbiano esiti positivi.



5.8 Il personale ottempera alla politica dell'organizzazione nel riferire in merito a violenze sul luogo di lavoro.

**Linea Guida**

Atti percepiti, potenziali o effettivi di violenza fisica o verbale vengono segnalati alle autorità competenti come da legislazione vigente in materia ed eventualmente riportati nel fascicolo sanitario del paziente in funzione della natura dell'incidente.

## **GARANTIRE L'EFFICIENZA E L'ACCESSIBILITÀ DEI SISTEMI INFORMATICI**



### **6.0 Le cartelle cliniche sono tenute in modo accurato, aggiornato e sicuro.**

6.1 Si mantiene la cartella clinica di ogni singolo paziente in modo accurato, aggiornato e completo con la collaborazione di esso e dei suoi familiari.

#### **Linea Guida**

Le cartelle cliniche dei pazienti sono accessibili e aggiornate. Le informazioni sono facilmente reperibili e individuabili nonché organizzate per un comodo utilizzo. La cartella è leggibile oltre che comprensiva di date sull'assistenza e firme dell'autorità di competenza.

La cartella clinica contiene solo le abbreviazioni riconosciute e le informazioni essenziali sul paziente sono ben visibili.

La cartella clinica di un dato paziente è aggiornata ad ogni variazione su stato di salute, piano terapeutico o farmaci assunti oppure nel passaggio ad un diverso livello di cure o assistenza.

Si ottempera a standard organizzativi e professionali nel determinare i dati utili al completamento della cartella clinica del paziente. Tali dati sono rappresentati da mutazioni significative delle condizioni di salute, esiti diagnostici, annotazioni su allarmi clinici, note su eventuali progressi dell'assistito, avvenimenti importanti o incidenti a danno della sicurezza del paziente e altro ancora.

Pazienti e familiari sono coinvolti nella trasmissione e documentazione di informazioni assicurando che vengano recepite in modo accurato e completo. Il team può collaborare con il paziente e i familiari tramite varie modalità in funzione dell'ambito assistenziale e del quadro clinico individuale. Ad esempio, in strutture territoriali o adibite ad assistenza di base spesso si può compilare la documentazione in stanza congiuntamente al paziente e i suoi familiari. Ciò

non sempre risulterebbe fattibile in tutte le strutture sanitarie e in particolare se la cartella clinica fosse mantenuta in una sede centrale, la documentazione parallela comprometterebbe la regolare somministrazione di cure o assistenza oppure si stessero prestando cure urgenti.

Qualora non fosse possibile registrare dei dati nella cartella clinica congiuntamente al paziente e ai suoi familiari, il team cerca di coinvolgere questi nel processo apposito quanto maggiormente possibile (ad esempio nel prendere appunti assieme ad essi, confermare i dati) per accertarsi che quanto annotato sia accurato e rifletta appieno le specificità dell'assistenza o dell'intervento prestato oppure del colloquio intercorso.


**6.2**

Dei moduli standard contenenti dati sanitari vengono raccolti assieme per assicurare che le cartelle cliniche contengano dettagli omogenei e comparabili.

### **Linea Guida**

La raccolta di dati standard è fattibile con cartelle cliniche tanto di tipo cartaceo quanto elettronico.

La natura dei dati sanitari raccolti varierà in funzione della tipologia di organizzazione e dei servizi prestati. Gli standard in materia di raccolta dati possono essere definiti con linee guida a livello locale e nazionale. Laddove non vi siano dati disponibili, l'organizzazione collabora con altre organizzazioni partner e/o i servizi sanitari locali per definire la tipologia di dati da raccogliere per ogni singolo paziente.



6.3 Si applicano politiche e procedure apposite in merito a raccolta, documentazione, accesso e utilizzo dei dati sui pazienti in maniera sicura.

#### **Linea Guida**

Il team dispone di politiche in materia di autorizzazione all'accesso dei dati dei pazienti, incluse modalità, tempistiche di accesso e tipologia di dati accessibili. Unicamente gli operatori coinvolti in maniera attiva nelle cure del paziente hanno accesso alla sua cartella clinica.

Il team è consapevole ed è a conoscenza delle modalità per ottemperare alla legislazione vigente in materia di tutela della privacy e della riservatezza dei dati riguardanti il paziente. Per legislazione vigente si intende sia la legislazione nazionale sia quella locale.



6.4 I pazienti possono avere accesso ai dati contenuti nelle loro cartelle personali, inclusi fascicoli sanitari o cartelle cliniche in formato elettronico, tramite modalità ordinarie, mirate e tempestive.

#### **Linea Guida**

I pazienti hanno un accesso facilitato volontario alle loro cartelle personali, in ottemperanza alla politica organizzativa e alla legislazione vigente in materia. I processi relativi all'accessibilità delle cartelle sono mirati verso i pazienti supportando questi ultimi in tal senso e fornendo loro l'opportunità di discutere dei dati, porre domande e offrire opinioni in merito.



6.5

I dati vengono documentati nella cartella clinica del paziente congiuntamente ad esso e familiari.

#### Linea Guida

I pazienti sono titolari dei rispettivi dati sanitari. Partecipano alle fasi di registrazione dei dati nella loro cartella clinica potendo fornire il proprio contributo in merito oltre ad avere il diritto di leggerli e commentarli. Tale processo di compilazione o registrazione può essere condotto congiuntamente al paziente come parte integrante del suo percorso terapeutico oppure fornendogli accesso diretto alla sua cartella clinica per via informatica.



6.6

Si applicano politiche e procedure apposite in merito a conservare, archiviare e distruggere in maniera sicura le cartelle cliniche dei pazienti.



6.7

Il flusso dei dati sui pazienti viene coordinato fra gli operatori e altre organizzazioni congiuntamente ai pazienti stessi in ottemperanza alla legislazione vigente in materia.

#### Linea Guida

Pur rispettando il diritto alla privacy del paziente e il consenso informato espresso dallo stesso, i dati vengono condivisi secondo necessità per facilitare un approccio mirato su di esso durante le prestazioni assistenziali. Una condivisione dei dati efficace consente al team di riuscire a soddisfare meglio le esigenze dei pazienti e a ridurre la duplicazione. Il team acquisisce il consenso del paziente in merito alla condivisione dei dati personali.

I pazienti vengono coinvolti nella condivisione dei dati (ad esempio nel mantenere e condividere una lista di farmaci in atto oppure nel fornire una scheda di dimissione agli operatori addetti).



**6.8** Si applica un processo volto a monitorare e valutare le pratiche correlate alla conservazione delle cartelle cliniche definito congiuntamente a pazienti e familiari utilizzando i dati emersi per apportarvi eventuali migliorie.

#### **Linea Guida**

La conservazione delle cartelle cliniche può essere effettuata sia in formato cartaceo che elettronico. Il processo di monitoraggio e valutazione è svolto in ottemperanza a qualsiasi legislazione o normativa vigente in materia. Esso pone in esame ogni eventuale violazione della privacy nonché accuratezza ed efficacia delle pratiche.

La valutazione è eseguibile su un campione di cartelle con cadenza regolare o casuale. Può essere avviata in seguito a determinati eventi quali attività inconsuete, tentativi di estrarre dati specifici oppure rivelazione di dati, laddove la manutenzione delle cartelle avviene per via informatica.

Tutte le attività informatiche sono correlate a un ID utente, una data e un orario di accesso registrato univoci nonché tracciate per essere mantenute e così garantire che le pratiche siano adeguatamente monitorate.

### **7.0 I dati sanitari sono gestiti come supporto di prestazioni assistenziali efficaci.**



**7.1** Si offrono addestramento e formazione in materia di tutela della privacy e utilizzo appropriato dei dati sul paziente.

#### **Linea Guida**

Si offre una formazione a tutti gli operatori di tipo formale o informale. Un addestramento o una formazione ulteriore viene fornita nell'eventualità di emendamenti legislativi o dopo periodi prolungati.


**7.2**

Si sviluppano e applicano politiche in materia di utilizzo di tecnologie e sistemi di comunicazione elettronica con il contributo dei pazienti e familiari.

### **Linea Guida**

Si definiscono politiche riguardanti l'utilizzo di posta o messaggistica elettronica, applicazioni web e social media in seguito ad opinioni espresse a riguardo da pazienti e familiari. Può trattarsi di comunicazione interna al team oppure con pazienti o ancora con partner e potenziali pazienti.

Nel determinare la tipologia di tecnologie e sistemi di comunicazione elettronica cui ricorrere, si prendono in considerazione particolari tematiche da gestire quanto a privacy, professionalità, sicurezza dei dati, modalità di interazione privilegiate dal paziente e aspetti legislativi. Le tecnologie possono essere degli ausili per le prestazioni assistenziali o terapeutiche (ad esempio dimostrare come eseguire un intervento tramite un tablet).


**7.3**

Si sviluppano e applicano politiche e procedure apposite in merito alla divulgazione di dati sanitari per usi secondari.

### **Linea Guida**

Con usi secondari si intende l'utilizzo di dati sanitari per scopi diversi dalle prestazioni assistenziali dirette quali gestione del programma clinico, gestione del sistema sanitario, sorveglianza della sanità pubblica e ricerca.

Politiche e procedure indicano le circostanze nelle quali è appropriato divulgare i dati e le modalità per tutelare la privacy del paziente (ad esempio rendendo anonimi o aggregando i dati prima di divulgarli). Laddove i dati sono richiesti in forma nominativa o modificabile, il team si attiene a un processo di approvazione di tipo etico e a una valutazione di rischio inerente la loro eventuale divulgazione.

## **MONITORARE LA QUALITÀ E CONSEGUIRE RISULTATI POSITIVI**



- 8.0** Si fa riferimento ai più recenti dati di ricerca, alle linee guida basate su evidenze e ai dati sulle buone pratiche per migliorare la qualità dei servizi.
- 8.1** Si applica una procedura standardizzata volta a selezionare le linee guida basate su evidenze che risultino adeguate ai servizi prestati.

### **Linea Guida**

Le linee guida possono essere selezionate da un comitato, un consiglio o una figura che trasmette al team le indicazioni su quali siano apposite per le prestazioni assistenziali e relative modalità per applicarle.

Il team può adottare linee guida applicate da altre organizzazioni o associazioni. Il processo di selezione delle linee guida è standardizzato e formalizzato. Può comprendere il ricorso a esperti in materia, a un team di ricerca, allo strumento GRADE (Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation Gradi di Valutazione, Sviluppo e Validazione di Raccomandazioni) oppure allo strumento AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Analisi sulla ricerca e validazione delle linee guida). Quest'ultimo consente alle organizzazioni di valutare il rigore metodologico con cui sono elaborate le linee guida per la pratica clinica da sei punti di vista: ambito di applicazione e scopo, coinvolgimento delle parti interessate, rigore dell'elaborazione, chiarezza e presentazione, applicabilità, indipendenza formale.



8.2

Si esamina la procedura volta a selezionare le linee guida basate su evidenze con il contributo di pazienti e familiari, team e partner.

### Linea Guida

Si adotta un approccio collaborativo per selezionare linee guida che siano adeguatamente correlate a un miglioramento dei risultati e del livello di soddisfazione del paziente.

Le organizzazioni applicheranno una procedura completa al fine di selezionare linee guida che siano basate su prove evidenti. In funzione dell'obiettivo progettuale può trattarsi di una revisione della letteratura completa, un'analisi ambientale, un confronto con altre organizzazioni sulle pratiche che adottano e una valutazione condotta assieme a partner e varie parti interessate.

Essendo un'attività che influisce sulle cure e sul livello di soddisfazione del paziente, le organizzazioni raccolgono e tengono conto delle opinioni di pazienti e familiari nell'esaminare la procedura volta a selezionare linee guida basate su prove evidenti. Sebbene pazienti e familiari possano non essere coinvolti in una revisione di tipo tecnico o scientifico, i loro punti di vista sul livello di soddisfazione dei pazienti per quanto concerne le cure sono ritenuti validi. Le opinioni di pazienti e familiari possono essere acquisite mentre sono presenti a comitati di revisione procedurale, esaminano documenti procedurali o effettuano un'osservazione in parallelo dell'utilizzo o dell'applicazione della procedura come regolare prassi.



- 8.3 Si applica un processo standardizzato sviluppato con il contributo di pazienti e familiari per attuare scelte in merito alle linee guida basate su evidenze contraddittorie.

#### **Linea Guida**

Si può fare riferimento a documenti esaustivi che offrono una sintesi sulle evidenze per varie linee guida. Ad esempio, la Cochrane Collaboration conduce revisioni sistematiche delle evidenze disponibili, agevolando così il processo di revisione condotto invece da team e organizzazioni.

Pazienti e familiari sono consultati per determinare se il metodo decisionale per la selezione delle linee guida sia conforme a un approccio incentrato sul paziente (ad esempio consentendo di determinare le linee guida più mirate in tal senso, verificando che una linea guida sia stata sviluppata tenendo conto delle opinioni del paziente).



- 8.4 Si sviluppano protocolli e procedure volti a ridurre la presenza di inutili variazioni nelle prestazioni assistenziali con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Si fa riferimento a linee guida selezionate e prove evidenti per sviluppare procedure e protocolli volti a migliorare le prestazioni assistenziali e a somministrare cure standardizzate ai pazienti. Procedure e protocolli consolidano la sicurezza a beneficio del paziente, migliorano la collaborazione fra team, incrementano l'efficienza e riducono al minimo la variabilità nelle prestazioni assistenziali. Le opinioni di pazienti e familiari sono tenute in considerazione durante la valutazione dei miglioramenti da apportare. In quanto destinatari delle cure, pazienti e familiari sono spesso posti nella posizione migliore nel consentire di individuare inutili variazioni o duplicazioni nei servizi.

I risultati derivanti da attività di ricerca vengono adattati e applicati a ogni singolo ambito terapeutico.



8.5 Si esaminano regolarmente linee guida e protocolli con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Il processo di revisione prevede le modalità per accedere alla ricerca e alle informazioni più recenti e per determinarne la sua rilevanza (magari tramite revisioni della letteratura scientifica, esperti in materia, organizzazioni o associazioni nazionali). I dati sulla ricerca possono includere studi interventistici, valutazioni programmatiche o sperimentazioni cliniche.

Il processo di revisione dà informazioni in merito alla procedura applicabile per selezionare linee guida basate su evidenze.

Sebbene pazienti e familiari possano non essere coinvolti in una revisione di tipo tecnico o scientifico, i loro punti di vista sul livello di soddisfazione dei pazienti nel ricevere cure ottemperanti a linee guida e protocolli sono ritenuti validi ai fini del processo di revisione.



8.6 Si applica una politica in materia di implicazioni etiche nella ricerca che definisce i casi in cui richiedere eventuali approvazioni con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

La necessità di un'approvazione etica viene valutata con l'eventuale richiesta prima di avviare una ricerca o delle attività (incluso quelle per il miglioramento qualitativo) per cui occorra acquisire dati.



## 9.0 Si promuove la sicurezza nell'ambiente assistenziale per il paziente e per gli operatori.

9.1 Si adotta un approccio proattivo e preventivo per individuare potenziali rischi a danno della sicurezza del paziente e degli operatori con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

### Linea Guida

Si definisce un approccio proattivo e preventivo finalizzato ad affrontare potenziali problemi attenuandone i rischi o pericoli prima del reale verificarsi. Sebbene non sia possibile individuare ogni tipo di rischio presente in un ambito assistenziale, si applica un processo completo per individuare almeno quelli più probabili.

Attraverso questo tipo di approccio, il team si adopera per affrontare processi che causano errori, ritardi o inefficienze eventualmente considerati come indipendenti dalla sua volontà. Può trattarsi di lievi e continui contrattempi durante il flusso lavorativo che causano una rilevante perdita di risorse nel tempo (ad esempio dover cercare dati o oggetti di uso comune).

Si raccolgono informazioni col fine di determinare le cause di problemi potenziali e le strategie per possibili soluzioni. Si tratta di attività comprensive di controlli interni, confronti con i pazienti, monitoraggio di aree a rischio, individuazione di possibili interruzioni, aggiornamenti in materia di sicurezza e esame di aree ad alto margine di errore.

Condivisioni a cadenza regolare delle informazioni sui problemi potenziali e sugli incidenti reali possono ridurre il rischio e la probabilità del verificarsi o ripetersi di un incidente.


**9.2**

Si sviluppano e implementano strategie volte ad affrontare i rischi per la sicurezza individuati con il contributo dei pazienti e familiari.

### **Linea Guida**

Il team collabora al fine di far incrementare l'adesione alle strategie volte ad attenuare la possibilità di rischi tenendo anche conto delle opinioni di pazienti e familiari nel relativo processo di sviluppo e implementazione. Le strategie vengono sperimentate su scala ridotta monitorando i risultati corrispondenti. Esse varieranno in funzione della tipologia di rischi individuati prevedendo eventualmente un piano d'azione e la collaborazione con altri operatori per poter affrontarli.


**9.3**

Si applicano processi di verifica per limitare le attività ad alto rischio con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

### **Linea Guida**

Al fine di individuare le attività ad alto rischio il team può analizzare i propri servizi utilizzandone i dati per sviluppare e implementare sistemi di controllo finalizzati a ridurre il rischio di nuocere al paziente.

Nell'ambito della continuità terapeutica, i sistemi di verifica variano in funzione dei servizi. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, ciò può includere:

- procedure per ripetere o rileggere diagnosi o prescrizioni ricevute verbalmente
- sistemi di verifica della temperatura dell'acqua, in particolare per l'igiene
- moduli identificativi standardizzati per i pazienti con bisogni speciali nella gestione dei medicinali
- sistemi di allarme automatici per trasmettere referti di esami critici
- promemoria generati dal computer per esami di controllo su pazienti ad alto rischio
- procedimento di controllo per le emotrasfusioni affidato a due persone
- doppio controllo indipendente per dispensare e somministrare medicinali ad alto rischio
- sistemi di codici a barre da apporre sui farmaci per adeguata dispensazione, etichettatura e somministrazione
- software di supporto decisionale per verificare la registrazione delle prescrizioni o le interazioni farmacologiche
- sistemi di monitoraggio delle condizioni di sicurezza per i team che operano in organizzazioni attive sul territorio oppure per i pazienti inseriti in ambienti ad alto rischio
- protocolli standardizzati per monitorare le funzioni vitali (ad esempio per misurare la frequenza cardiaca fetale durante l'induzione o il potenziamento farmacologico del travaglio oppure per ricorrevi durante prestazioni ad alto rischio)
- sistemi per monitorare le temperature dei frigoriferi adibiti allo stoccaggio di vaccini
- protocolli standardizzati per l'uso di sistemi di ritenuta
- procedure di screening standardizzate per accertare di eventuali allergie ai mezzi di contrasto



9.4 Si valutano le strategie volte al miglioramento delle condizioni di sicurezza con il contributo dei pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Si eseguono gli adeguamenti necessari per garantire la sostenibilità dei cambiamenti.



9.5 Si segnalano gli incidenti a danno della sicurezza dei pazienti conformemente alla politica organizzativa e documentandoli adeguatamente nella cartella clinica del paziente e nei registri organizzativi.

#### **Linea Guida**

Le attività di segnalazione e registrazione vengono svolte in maniera tempestiva. Come indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità nella Classificazione internazionale per la sicurezza del paziente, gli incidenti correlati comprendono incidenti lesivi, incidenti non lesivi e near miss (quasi eventi).



9.6 Si comunica a pazienti e familiari degli incidenti che riguardano la loro sicurezza in cui sono coinvolti in base alla politica organizzativa eventualmente facilitando l'accesso a servizi di supporto.

#### **Linea Guida**

Il sostegno offerto successivamente a un incidente che riguarda la sicurezza del paziente rappresenta un elemento importante del processo. Viene offerto a pazienti e familiari nonché a membri del team coinvolti nell'incidente.



9.7 Si analizzano gli incidenti che riguardano la sicurezza dei pazienti per evitare che si ripetano ed effettuare miglorie con il contributo dei pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

L'analisi degli incidenti che riguardano la sicurezza dei pazienti comprende la definizione dei fattori determinanti e azioni finalizzate ad evitare il ripetersi di eventi simili con relativo monitoraggio dell'efficacia. Le organizzazioni riprendono tali dati per sviluppare strategie volte ad anticipare in maniera proattiva nonché affrontare i rischi che riguardano la sicurezza del paziente e degli operatori



**10.0 Vengono raccolti indicatori per guidare le attività di miglioramento continuo della qualità.**

10.1 Si raccolgono dati e riscontri sulla qualità dei servizi prestati allo scopo di orientare le iniziative volte al miglioramento qualitativo con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari, membri del team e partner.

#### **Linea Guida**

Si acquisiscono costantemente dati e riscontri sulla qualità dei servizi prestati dalle principali parti interessate. I riscontri possono essere sotto forma di grado di soddisfazione oppure dati relativi all'esperienza di paziente e familiari, reclami, dati indicativi, esiti, schede di valutazione, dati sull'analisi degli incidenti e rendiconti finanziari. Possono essere raccolti tramite varie modalità quali questionari, focus group, interviste, riunioni o registrazione di reclami.



- 10.2 Si utilizzano le informazioni e i riscontri raccolti come occasioni per adottare iniziative volte al miglioramento qualitativo e per assegnare priorità con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Si utilizzano i riscontri come anche altri tipi di informazioni, l'osservazione diretta e l'esperienza per individuare e assegnare una priorità alle aree in cui adottare iniziative volte al miglioramento qualitativo. Ciò si realizza rispettando un processo standardizzato basato su criteri quali esigenze espresse da pazienti e familiari, esiti riferiti dai pazienti, rischio, volume o costi.



- 10.3 Vengono individuati obiettivi misurabili e tempistiche predefinite per la loro realizzazione, da utilizzare per le iniziative di miglioramento della qualità, con input dai pazienti e dai familiari.

#### **Linea Guida**

Gli obiettivi di miglioramento qualitativo definiscono che cosa il team cerchi di raggiungere ed entro quando. Solitamente, gli obiettivi adeguati di miglioramento qualitativo sono a breve termine e hanno traguardi superiori alle prestazioni esistenti inoltre sono generalmente allineati con priorità strategiche a lungo termine o con aree di sicurezza del paziente. Le tempistiche variano in funzione della natura dell'obiettivo.

L'acronimo SMART rappresenta un utile strumento per fissare obiettivi significativi. Tali obiettivi dovrebbero essere Specifici, Misurabili, Raggiungibili, Realistici e Tempificati.


**10.4**

Si individua un indicatore (o più) da utilizzare come riferimento per monitorare i progressi di ciascun obiettivo di miglioramento qualitativo con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

#### **Linea Guida**

Si utilizzano gli indicatori per verificare se le attività abbiano determinato un cambiamento e se questo rappresenti un miglioramento. Principalmente, gli indicatori sono selezionati in funzione della loro rilevanza e capacità di monitorare accuratamente i progressi. Se vi sono più indicatori potenziali, vengono selezionati sulla base di criteri quali la validità scientifica e la fattibilità.

Se la scelta degli indicatori risulta difficoltosa può voler dire che l'obiettivo di miglioramento qualitativo richiede un ulteriore chiarimento.


**10.5**

Si definiscono e si sperimentano le iniziative volte al miglioramento qualitativo per conseguire gli obiettivi.

#### **Linea Guida**

Le attività volte al miglioramento qualitativo sono le azioni intraprese per avviare miglie e rientrano nel più ampio piano di miglioramento della qualità. Prima di essere implementate su larga scala, le attività sono definite e sperimentate su piccola scala per determinarne l'effetto.



10.6

Si utilizzano valori degli indicatori nuovi o già esistenti per stabilire per ciascun indicatore un punto di riferimento iniziale.

**Linea Guida**

Stabilire un punto di riferimento iniziale (baseline) consente di monitorare i progressi volti al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento qualitativo attraverso il confronto fra i dati registrati prima e dopo l'introduzione dell'attività e la registrazione delle variazioni. Stabilire una baseline può richiedere uno o più punti di riferimento nei dati e si verifica in un periodo di tempo definito. Una volta stabilita la baseline, il team può esigere che i suoi obiettivi di miglioramento qualitativo siano rivalutati al fine di verificare che siano sempre fattibili e pertinenti.



10.7

Si applica un processo per raccogliere regolarmente i dati indicativi necessari per tracciare i progressi.

**Linea Guida**

Si determinano modalità e frequenza per la raccolta dei dati. Riunire i dati regolarmente consente al team di tenere sotto controllo l'andamento dei propri progressi e comprenderne le normali variazioni valutative.



10.8 Si analizzano regolarmente i dati indicativi per determinare l'efficacia delle iniziative volte al miglioramento qualitativo.

#### **Linea Guida**

Il team confronta gli effetti previsti ed effettivi delle iniziative volte al miglioramento qualitativo e in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo apporta i necessari correttivi per conseguirlo.

L'analisi dei dati consente di individuare tendenze e può evidenziare le aree eventualmente valutabili per introdurre iniziative volte al miglioramento qualitativo. I dati indicativi possono essere riportati sotto forma di grafici di andamento (run chart) o di controllo, entrambi validi strumenti di analisi dei dati.

Se il team non ha le competenze per l'analisi dei dati, richiede una consulenza qualificata interna o esterna.



10.9 Si implementano su vasta scala nell'intera organizzazione le attività di miglioramento qualitativo che si sono dimostrate efficaci nella fase di sperimentazione.

#### **Linea Guida**

La modalità di implementazione delle attività varia ampiamente in funzione dell'ambito applicativo e della portata dei servizi prestati dal team nonché delle tempistiche (ad esempio un'attività efficace viene implementata in più di un'area terapeutica e per un periodo più prolungato).



10.10 Si condividono le informazioni sulle attività miranti al miglioramento qualitativo, sui risultati e sulle esperienze con pazienti e familiari, team, leader dell'organizzazione e altre organizzazioni a seconda del caso.

### **Linea Guida**

Le informazioni vengono conformate in base al destinatario con modalità di trasmissione e linguaggio più appropriate per il singolo caso.

Condividere i risultati delle valutazioni e dei miglioramenti consente alle parti interessate di acquisire dimestichezza con la filosofia e i benefici derivanti dal miglioramento qualitativo coinvolgendole nel processo. È altresì utile all'organizzazione per estendere le attività più valide nel miglioramento qualitativo e per dimostrare il suo impegno costante in tal senso.

Tra i vari vantaggi, condividere i dati indicativi esternamente consente il confronto con le organizzazioni che offrono servizi analoghi.



10.11 Si valutano regolarmente le iniziative volte al miglioramento qualitativo quanto a fattibilità, rilevanza e utilità con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari.

### **Linea Guida**

La valutazione delle iniziative volte al miglioramento qualitativo tiene conto di attività, obiettivi e indicatori. Si fa riferimento ai risultati per pianificare future iniziative volte al miglioramento qualitativo, in cui rientrano anche le modalità e le tempistiche utili a sostenere o estendere quelle esistenti.

Si valutano gli esiti delle iniziative volte al miglioramento qualitativo in funzione del loro allineamento rispetto al piano generale di miglioramento qualitativo, agli scopi e agli obiettivi, alla missione e ai valori come pure al piano strategico dell'organizzazione. Il team valuta l'eventuale conseguimento degli obiettivi nel periodo previsto e se le tempistiche sono ancora valide.

Sulla base dell'analisi delle iniziative è eventualmente possibile aggiungere, correggere o eliminare obiettivi e indicatori. Si prende nota del motivo che ha indotto a intervenire per introdurre modifiche.